

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA**

**DYANA HELENA DE SOUZA**

**BRASÍLIA – DF**

**2013**

DYANA HELENA DE SOUZA

**A – LOU: CURA DO CONVIVER: INTERFACE ENTRE SAÚDE MENTAL E  
SAÚDE COLETIVA, PERCEPÇÕES QUE CONTRIBUEM PARA UM NOVO  
OLHAR SOBRE O SOFRIMENTO MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Gestão em  
Saúde Coletiva modalidade Relatório  
Técnico em cumprimento às  
exigências legais, sob a orientação do  
Dr. Antônio José Costa Cardoso para  
obtenção do título de Bacharel em  
Saúde Coletiva.

**BRASÍLIA – DF**

**2013**

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente sou grata ao meu pai e a minha avó. Ao meu pai, que me ensinou o quão importante o estudo seria em minha vida e por acreditar na minha capacidade. À minha vó, que aos 86 anos de idade me inspira a ser uma mulher forte e vencedora. Exemplo melhor eu não poderia ter. Por toda ternura e calma que ela me passa em seu olhar.

Agradeço aos estudantes de psicologia que acreditaram em mim, que mesmo estando no terceiro semestre sentiram o quanto eu estava sensibilizada e disposta a me aproximar da saúde mental. Sem dúvidas, me ajudaram a amadurecer.

Agradeço aos funcionários do CAPS do Paranoá, que abriram as portas do serviço para minha entrada, e apesar da correria do dia-a-dia, estavam sempre dispostos a tirar minhas dúvidas e ajudar nas dificuldades que eu manifestava.

Especialmente a Filipe Braga, Juliana Pacheco e Antônio Carlos, psicólogos do CAPS. É perceptível o amor, dedicação e comprometimento que transmitem com o trabalho que realizam, inspirando-me a ser uma profissional como eles.

Ao professor Antônio, meu orientador; por ter compreendido o meu entusiasmo e aflição para com a realização desse Relatório.

A cada um dos usuários que passaram pelo grupo A-Lou: Cura do Conviver. Pela confiança em mim, possibilitando compartilhar momentos de suas vidas comigo. Por terem mostrado lugares que não conhecia, por terem dançado, brincado, cantado, por cada abraço, cada sorriso e cada olhar. Conhecer cada um de vocês foi maravilhoso. Vocês não estão sozinhos nessa luta.

## APRESENTAÇÃO

Quando estava no primeiro semestre da graduação, realizei um trabalho sobre saúde mental, visitando o Instituto de Saúde Mental no Riacho Fundo I – ISM, sendo o meu contato inicial com a temática. Fizemos aproximadamente três visitas ao serviço. Fiquei impressionada vendo a forma como os pacientes viviam naquele ambiente. Ficavam a maior parte do tempo fumando e assistindo TV, a maioria não tinha vínculo familiar e aquele era o único espaço que tinham para viver. No último dia que visitei o ISM, um dos pacientes que era considerado um dos mais dos mais perigosos, abraçou-me por um longo tempo antes de eu ir embora, o que me mobilizou ao pensar no que aquele abraço gostaria de transmitir.

No primeiro semestre de 2011, participei de um processo seletivo para ingresso em grupo de Extensão em Saúde Mental, sendo selecionada por estudantes de psicologia que coordenavam o grupo há algum tempo.

Quis escrever sobre essa minha experiência no grupo, devido aos ricos momentos que pude vivenciar a cada semana, como poder ouvir a história de vida dos usuários, aprender a ser mais paciente e valorizar o saber de cada um. Momentos em que paralelamente associava aos conhecimentos que aprendia no curso e as discussões com profissionais da área de saúde mental, o que me fez enxergar a potencialidade que este grupo representa dentro do serviço.

A estrutura desse relatório é composta por cinco partes: a primeira é a Introdução, em que é feita um resgate histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira, apontando suas principais características e o seu momento atual em que estão inseridos os Centros de Atenção Psicossocial.

Na segunda parte será apresentada a metodologia utilizada para construção do relatório, com destaque para a apresentação do CAPS do Paranoá e do Grupo A- Lou: Cura do Conviver.

Na terceira parte trago os Resultados, divididos em dois momentos: o primeiro “Conhecendo o grupo A-Lou: Cura do Conviver”, onde apresento as minhas primeiras sensações ao ser recebida e como observei a forma de funcionamento do grupo e estrutura do serviço. O segundo momento quando

“Reencontro com o A-Lou: Cura do Conviver” após um semestre, observando as mudanças ocorridas tanto em mim, quanto no grupo e no serviço.

A quarta parte, “Discussão”, aborda algumas situações no contexto dos momentos já citados, que presenciei durante a minha trajetória.

E por fim, são feitas “Recomendações”, como forma de contribuir ao serviço propostas que poderiam, a meu ver, melhorar o trabalho que já é realizado, tanto no curso de Gestão em Saúde Coletiva, como no A-Lou: Cura do Conviver e na equipe do CAPS do Paranoá.

## RESUMO

O trabalho a seguir apresenta o relato experiência de uma acadêmica da Universidade de Brasília do curso de Gestão em Saúde Coletiva, como Aluna Extensionista no CAPS II do Paranoá. Utilizou-se de diário de campo para registro das informações e dos relatórios finais entregues para apoiar na construção do relatório. Foi realizada pesquisa bibliográfica em língua portuguesa nas bases de dados BVS, SCIELO e LILACS. Após a apresentação um breve histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira, é discutida a importância dos espaços de convivência fora do serviço e da intersetorialidade como meios da clínica peripatética, bem como a necessidade de se desprender de valores que a sociedade construiu em torno da loucura estigmatizando pessoas que passam por esse sofrimento. Recomenda-se a continuidade da integração ensino-serviço e extensão; que atividades práticas sejam incorporadas desde o começo do curso de graduação; que a iniciativa de “saída” do CAPS seja incorporada por outras atividades do serviço e para os profissionais do serviço, que passem por uma oficina de mediação de conflitos visando o fortalecimento das relações de trabalho.

**Palavras-Chave:** Reforma Psiquiátrica; Desinstitucionalização; Saúde Mental; CAPS

## **SUMÁRIO**

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>2 METODOLOGIA .....</b>	<b>11</b>
2.1 CARACTERIZAÇÃO DO CAPS E DO GRUPO A-LOU:CURA DO CONVIVER.....	12
<b>3 RESULTADOS .....</b>	<b>15</b>
3.1 CONHECENDO O GRUPO A-LOU:CURA DO CONVIVER.....	15
3.2 REENCONTRO COM O A-LOU:CURA DO CONVIVER APÓS UM SEMESTRE .....	16
<b>4 DISCUSSÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>5 RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>21</b>

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

## **LEITURA SUGERIDA**

## INTRODUÇÃO

Em um contexto semelhante ao da construção do Sistema Único de Saúde - SUS, iniciou-se a partir da década de 80 a Reforma Psiquiátrica Brasileira - RPB. A RPB é a mudança do modelo de atendimento às pessoas com sofrimento mental, caracterizado por situações de isolamento, maus tratos e longos períodos de internação em hospitais psiquiátricos, para um tratamento humanizado garantindo o direito e acesso aos serviços de saúde, visando o convívio com a família e reinserção dessas pessoas na sociedade (BRASIL, 2004).

Duas experiências anteriores à RPB são importantes nesse processo, contribuindo para a mudança do paradigma existente. São as Comunidades Terapêuticas e a Psiquiatria Comunitária. As Comunidades Terapêuticas (1946), na Inglaterra, que começou a discutir a necessidade de existir um tratamento mais humanizado dentro dos hospitais psiquiátricos (PACHECO, 2011). O segundo, de acordo com Tenório (2002, p. 30) defendia que a psiquiatria deveria se “organizar segundo um programa mais amplo de intervenção na comunidade, visando a evitar o adoecimento mental”. Havia a preocupação de prevenir o adoecimento mental, organizando também o espaço social para contribuir na promoção da saúde mental.

A Psiquiatria Democrática Italiana também trouxe contribuições, inserindo a discussão sobre a ampliação do conceito de desinstitucionalização adotado por Rotelli (1990, citado por PACHECO, 2011):

*“um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. Talvez não se ‘resolva’ por hora, não se ‘cure’ agora, mas ,no entanto seguramente ‘se cuida’. Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta esse sofrimento. ”*



Segundo o conceito defendido pela RPB, a desinstitucionalização não se restringe à substituição do hospital por um aparato de cuidados externos envolvendo questões de caráter técnico-administrativo-assistencial como a aplicação de recursos na criação de serviços substitutivos. Envolve questões do campo jurídico-político e sociocultural, exigindo que haja um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado realizadas na comunidade (Alda Martins e Roseni Rosângela, 2001). Sendo assim, a desinstitucionalização busca contrapor-se às ideias manicomiais de exclusão, maus tratos, e preconceito; buscando a luta dos direitos e garantias desses usuários de serviços de saúde mental, proporcionando um tratamento humanizado e transdisciplinar, visando o empoderamento dessas pessoas que passaram muitas vezes por anos de internação.

A metade da década de 70 foi caracterizada como um período em que no Brasil emergem críticas sobre a ineficiência da saúde pública e de todo o contexto quando a saúde não era ainda um direito universal. No âmbito da saúde mental, um movimento semelhante também foi iniciado. Nesse período foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, em 1978, grupo que teve papel significativo no processo de RPB. Dois eventos também foram importantes nessa caminhada da saúde mental, no ano de 1987: I Conferência Nacional de Saúde e o II Encontro dos Trabalhadores em Saúde Mental. A Conferência tinha como lema: Por uma Sociedade sem Manicômios, trazendo como aliados os usuários e seus familiares (TENÓRIO, 2002).

Na década de 80 surgiram as primeiras experiências de novos serviços substitutivos. O Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta em Santos, foram os primeiros a passarem por essa mudança. Lancetti (2008) narra como foi a intervenção na casa de Saúde Anchieta, trazendo aspectos dos primeiros passos, e de como deveriam ser esses serviços, abordando a nova forma de funcionamento e a nova forma de relacionamento entre usuários e funcionários.

A Política Nacional de Saúde Mental é aprovada na lei 10.216/01, “buscando consolidar um modelo de atenção a saúde mental aberto e de base

comunitária” (BRASIL,2004). Garante a livre circulação das pessoas com sofrimento mental pelos serviços e sociedade oferecendo cuidados utilizando os recursos que a comunidade oferece como meio para o amplo cuidado a saúde mental.

O Ministério da Saúde (BRASIL,2004) classifica os Centros de Atenção Psicossocial em: CAPS I e II; CAPS III; CAPSI e CAPS AD.

*“O CAPS I e II, são para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes. Os CAPS III são para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos dos CAPS I e II. Os CAPSi, são serviços para infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais. Existem também os CAPSad para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.”*

Os CAPS podem realizar várias atividades, como atendimentos individuais, atendimentos com família, terapias comunitárias e também, oficinas terapêuticas. As oficinas terapêuticas são atividades em grupo acompanhadas por um profissional do serviço e/ou estagiários, tendo possibilidade de serem criadas pelos usuários, profissionais ou familiares. As atividades podem ser definidas a partir da necessidade tendo em vista a maior integração social e familiar; manifestando dificuldades no cotidiano, sentimentos ou problemas. Podem ser realizadas atividades artesanais, de geração de renda, habilidades corporais, culinária, etc (BRASIL, 2004).

Diante dos acontecimentos históricos que unem tanto a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica Brasileira, o presente trabalho pretende relatar a

experiência de uma acadêmica do curso de Gestão em Saúde Coletiva como extensionista do Projeto A Lou: Cura do Projeto de Ação Contínua, participando de oficina Terapêutica semanal no Centro de Atenção Psicossocial II do Paranoá. Trazendo compreensões a cerca das relações netre Saúde Mental e Saúde Coletiva, a fim de contribuir com minhas percepções para o debate a cerca deste relevante objeto entre dois novos campos do conhecimento, ambos transdisciplinares.

## **1- METODOLOGIA**

O período inicial de participação no grupo começou no primeiro semestre de 2011 indo até o segundo semestre de 2012 (que terminou em março de 2013 devido à greve). Fiquei um semestre afastada para me dedicar a outras atividades, retornando no segundo semestre de 2013, já como parte do Estágio Supervisionado II. A oficina nesses dois momentos aconteceu toda sexta-feira das 14h às 16h, sendo que das 16h30minh às 18h, são discutidos os casos e preenchidos os prontuários. As segundas acontecem à supervisão, feita por um professor da UnB, juntamente com o profissional do serviço e os extensionistas.

Durante esses dois momentos, utilizei o diário de campo para registrar o planejamento da oficina, momentos marcantes que aconteciam durante o grupo, inquietações e questões para discutir nas supervisões. Para apoiar nesse registro também utilizei um trabalho final elaborado para atividade de extensão, trazendo pontos que achei relevante inserir no relatório. Esses relatórios eram pedidos pelo nosso supervisor do serviço e do supervisor da UNB, sempre articulando os textos discutidos às vivências que nos tocavam no grupo.

Foi utilizado também material de pesquisa bibliográfica nas bases de dados BVS, SCIELO E LILACS. Os descritores utilizados foram: saúde mental; saúde mental e atenção básica; saúde mental no SUS; saúde mental e desinstitucionalização e saúde mental CAPS. Toda a pesquisa bibliográfica foi realizada em língua portuguesa.

## **2.1- CARACTERIZAÇÃO DO CAPS - PARANOÁ E DO GRUPO A LOU: CURA DO CONVIVER**

O Centro de Atenção Psicossocial II do Paranoá foi inaugurado em março de 2006, é localizado na Quadra 02, Conjunto K, Área Especial 1 – Setor Hospitalar da Região Administrativa do Paranoá – DF. O horário de funcionamento é segunda a sexta das 08:00h até as 18:00h. O CAPS ocupou o lugar que seria a Creche do Hospital Regional do Paranoá, que inicialmente seria provisório até um lugar permanente ser providenciado pela Secretaria de Saúde do DF, se encontrando no mesmo espaço até hoje.

O serviço é composto por três psicólogos; uma assistente social; uma terapeuta ocupacional; duas enfermeiras; dois médicos psiquiatras, duas técnicas em enfermagem; um técnico administrativo; um chefe do núcleo de apoio e um gerente geral que também é psicólogo de formação.

O serviço é organizado de forma que as pessoas que chegam a esse serviço pela primeira vez passam pelo “Acolhimento”, momento em que, juntamente com um familiar, é realizada uma “entrevista” com um profissional de ensino superior que avaliará se a pessoa teria demanda para iniciar tratamento no serviço.

O profissional utiliza a Ficha de Acolhimento para auxiliar na identificação que contem informações tais como: se a pessoa já foi submetida a tratamentos anteriores; se toma medicações e quais; sintomas; endereço, entre outros. Dependendo dessa primeira avaliação a pessoa pode ser encaminhada para o Ambulatório de Psicologia ou Psiquiatria; para a Atenção Básica; CAPS AD (se a demanda for álcool e outras drogas), outros equipamentos da comunidade ou se iniciará acompanhamento no próprio CAPS do Paranoá.

O acolhimento é realizado todos os dias da semana. As pessoas que ficam no CAPS após o Acolhimento, passam por um segundo momento que se chama o Grupo de Boas Vindas. Esse grupo irá apresentar a função do CAPS, mostrando quais atividades existem e ajudando que se identifiquem com algumas delas para serem inseridos, criando um Plano Terapêutico Singular.

O quadro a seguir apresenta as atividades existentes no CAPS:

ATIVIDADES DO CAPS II DO PARANOÁ					
	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
<b>Manhã</b>	Arte em Papel: Quilling (9h às 10h30)  Caminhada (9h às 10h30)  Aula de Inglês (10h30 às 11h30)	Futebol (9h às 11h)  Crochê (9h às 11h)	Yoga (7h30 às 9h)  Horta Terapêutica (8h30 às 11h)  Rádio CAPS Lock (9h às 11h)	Relaxamento e Alongamento (9 às 10h30)  Boas Vindas (8h30 às 11h)	Caminhada (9 às 10:30)  Oficina de Música (8h30 às 10h30)
<b>Tarde</b>	Automassagem (14h às 15h)  Dobradura de Papel (14 às 16h)	Grupo de Voz (14hs às 16h)	Grupo de Apoio Multifamiliar (14h às 15:30)	Grupo de Escuta (14 às 16h)  Fuxicos e Retalhos (14 às 16h)  A Arte do Construir (14 às 16h)	<b>A Lou: Cura do Conviver</b> <b>(14 às 16h)</b>

O grupo A-Lou: Cura do Conviver consiste em uma Oficina Terapêutica, tem aproximadamente cinco anos de existência, sendo criado por iniciativa de

alunos do curso de Psicologia da Universidade de Brasília, por meio do Programa de Educação Tutorial da Psicologia (PETPsi).

Quando entrei no segundo semestre de 2011 a oficina era realizada basicamente em três momentos: o primeiro era um aquecimento inicial com exercícios corporais, na maioria das vezes sendo realizada por iniciativa dos usuários. O segundo momento, caracterizava-se pela condução e desenvolvimento das atividades do dia, podendo ser construída juntamente com os usuários, mesclando atividades artísticas, exercícios corporais e técnicas psicodramáticas. O último momento baseava-se em um compartilhar de ideias, sentimentos, percepções, por meio de trocas entre os participantes sobre a vivência do dia e eventual preparação para a oficina.

Atualmente (segundo semestre de 2013), o grupo se configura trazendo características vivenciais, abordando momentos livres onde os usuários têm liberdade para realizarem atividades de sua escolha. Há aproximadamente 28 usuários e nas atividades, são formados pequenos grupos para discussão de um tema central, e para finalizar, fazemos um compartilhar grupal que acontece dependendo da demanda levantada.

Em 2011 quando entrei no grupo, alguns estudantes que fizeram parte da formação inicial estavam saindo da oficina seguindo outros caminhos na formação, todos eram estudantes de psicologia. O psicólogo que coordena essa oficina fez parte da formação inicial como estudante, após se formar passou em um concurso público da Secretaria do Estado de Saúde do DF, retornando ao CAPS do Paranoá. Passaram pelo grupo estudantes de medicina, letras e artes. Atualmente, há três estudantes de psicologia, uma de terapia ocupacional, uma de artes e eu, de gestão em saúde coletiva.

Estes se reúnem uma vez por semana para supervisão com o psicólogo para planejamento das oficinas, discussão de casos e leitura de textos reflexivos que componham alguma temática dos acontecimentos do grupo. Procura-se sempre selecionar alunos de diferentes cursos para compor o grupo, como uma maneira de trazer contribuição de novos saberes para enriquecer ainda mais o trabalho realizado.

Os alunos extensionistas têm autonomia para coordenar o grupo sem a presença do psicólogo, em ocasiões que necessitem da ausência do

profissional, tendo sempre apoio da equipe, caso necessário resolver algo que não esteja “nas mãos” dos alunos com a supervisão do professor da UNB.

## **2- RESULTADOS**

### **3.1- CONHECENDO CAPS E O GRUPO A - LOU: CURA DO CONVIVER**

No primeiro dia de participação da oficina, em maio de 2011, tive dúvida se realmente algumas pessoas ali presentes eram ou não usuárias do CAPS. Ao pensar em um encontro com algumas delas na rua jamais pensaria que faziam tratamento naquele serviço. Essa sensação de não saber foi muito importante para quebrar algum conceito prévio que poderia ser feito desses usuários.

Estando localizado no mesmo espaço do Hospital Regional do Paranoá. E essa inserção o distancia da comunidade, pois ao mesmo tempo em que o deixa próximo das paradas nas quais passam os principais ônibus vindos de outras cidades, dificulta o seu contado com a comunidade que o cerca.

É interessante como em um mesmo serviço vemos aqueles profissionais mais engajados com as atividades realizadas, e aqueles que se limitam apenas às suas competências profissionais. A maioria dos profissionais participa das várias atividades existentes, somente um psiquiatra não participa, atendendo somente no consultório. Percebi que alguns grupos são formados por afinidade e os profissionais realizam determinadas atividades em conjunto. Os Psicólogos e a chefe do núcleo de apoio são mais próximos; as enfermeiras são mais próximas da terapeuta ocupacional e dos psiquiatras, e os profissionais de ensino médio passam por todos esses “grupos”.

Por que somente alguns profissionais participam desses momentos? São momentos em que estão juntas pessoas que, com suas ideias, aflições e sugestões querem melhorar o serviço que utilizam diariamente, e juntamente com os profissionais mudar a maneira de ser fazer saúde em um espaço estigmatizado como o CAPS.

Nesse período aconteciam as assembleias gerais, que ocorriam quinzenalmente. Essas são espaços que deveriam envolver usuários,

familiares, estagiários e profissionais para debaterem sobre as questões de organização, atendimentos, avisos e sugestões do serviço. Notei que são poucos os profissionais que participavam das assembleias, geralmente estavam envolvidos estagiários e psicólogos.

Observei que ao final da oficina, no momento do lanche, usuários esperavam que estagiários ou profissionais entregassem o lanche em suas mãos, ou até mesmo formavam uma fila na porta da cozinha enquanto esperavam a entrega. Uma fila que pode ser compreendida como uma postura manicomial. Parece que este é um espaço delimitado que os usuários não podiam entrar; essa mesma cozinha, possuía armários fechados com cadeado. O CAPS não deveria ser um espaço em que os usuários pudessem andar livremente, não seria uma casa na qual pudessem se sentir a vontade? Mas como se sentir a vontade em um lugar onde armários são trancados a cadeado? Devemos ficar atentos para o que esses momentos podem dizer a respeito das práticas realizadas no CAPS. Sem perceberem podem estar reproduzindo a institucionalização, mas de uma forma silenciosa.

No grupo A-Lou: Cura do Conviver, os estagiários envolvidos juntamente com o psicólogo que os supervisionam, buscam construir as atividades realizadas com os usuários. Há uma preocupação de construir esses momentos envolvendo os usuários, ouvindo suas críticas, desejos e aflições. É um construir “com” e não um construir “para”.

Usuários, profissionais de saúde e estagiários formam A Locu: Cura do Conviver. Juntos, constroem um contrato grupal, no qual decidem regras como: sigilo grupal, onde as questões discutidas dentro do grupo não poderão ser levadas para fora daquele espaço, preservando assim as histórias confiadas ao grupo; atitudes que podem esperar do grupo, como por exemplo: carinho, respeito, direito de ser ouvido e ouvir; atividades realizadas em outros espaços fora do CAPS como no Parque Vivencial do Paranoá e liberdade de expressão.

### **3.2- REENCONTRO COM O A - LOU: CURA DO CONVIVER APÓS UM SEMESTRE DE AFASTAMENTO**

Retornei ao CAPS em maio de 2013, depois de quatro meses afastada, dessa vez, como estagiária do meu curso, iniciando o Estágio Supervisionado.



Ainda não tinha voltado ao grupo, mas em algumas outras atividades que aconteciam no serviço. Ficava durante toda a quarta-feira, participando de atividades como a Horta e a Rádio CAPS Lock, e, durante a tarde, da reunião de equipe. Nas sextas-feiras participava apenas do grupo de Tambor, ou das reuniões que o gestor do serviço participava.

Dessa vez, permaneci por um tempo maior durante a semana. Ao mesmo tempo em que retornava ao grupo, com extensionistas que chegavam pela primeira vez, eu já tinha permanecido por três semestres e via a minha postura diferenciada em relação a quando conheci o grupo. Pude perceber que a angústia que senti no meu primeiro dia não mais existia. Angústia por não conhecer o serviço; não saber como seria recebida pelos usuários; não saber o que falar; não saber se abraçaria ou não aquelas pessoas. Nesse retorno, conhecia alguns deles, já sabia que poderia abraçar, e já não tinha medo do que falar ou não falar.

Há uma diferença quando passava apenas uma tarde no CAPS, em relação a quando comecei a passar um período maior. Participar das reuniões de equipe me ajudou a compreender situações que antes não entendia, mas que fazia críticas em relação à postura da equipe. Por exemplo, o porquê de apenas alguns profissionais participarem de festas etc. Essa questão vai além do simples fato do profissional não querer, assim como eu imaginava.

Conheci melhor os profissionais da equipe, me aproximei de alguns em especial, que são os psicólogos e a chefe do núcleo de apoio. Aproximei-me também de alguns usuários, conhecendo suas dificuldades, que apenas em uma tarde eu não percebia. A forma como a equipe se esforça para ajudar essas pessoas apesar de suas diferenças e conflitos ficou mais evidente, porém percebi que esses conflitos muitas vezes dificultam o trabalho que realizam, os usuários acabam sendo prejudicados e o conflito com a equipe aumenta ainda mais.

O grupo A Lou: Cura do Conviver mudou um pouco. O grupo está em um momento em que há 28 usuários. Aquele aquecimento inicial não acontece mais, acredito que seja porque o perfil dos usuários e dos extensionistas também mudou. Procuramos fazer atividades mais livres levando em

consideração o momento em que o grupo está no dia. Há um planejamento prévio, porém as atividades de convivência como tocar, jogar damas, ou cantar no karaokê são levadas em consideração.

Algo diferente que notei, é que a fila formada na hora do lanche não acontece como a frequência que ocorria anteriormente. Vejo que agora os usuários já entram no espaço e pegam o seu próprio lanche. Certa vez uma usuária teve a iniciativa de fazer um bolo para comemorar o aniversário de uma participante, e juntamente com uma funcionária da recepção fizeram o bolo. Não houve assembleia geral desde o começo de 2013.

O espaço da cozinha que antes era compartilhado por todos, agora foi dividida: há uma cozinha que os profissionais do serviço utilizam e a outra é utilizada para servir o lanche para os usuários. A ideia para esse novo espaço seria montar um cozinha industrial para criação de oficina de culinária ou de geração renda, mas o que percebi é que ela tem se tornado um espaço que é destinado aos profissionais, existindo um limite entre o espaço lá da “antiga cozinha”, para os usuários, e dessa “nova cozinha”, para os profissionais.

Ainda pensamos na importância de utilizar os espaços de convivência fora do CAPS, e procuramos fazer passeios a lugares sugeridos pelos usuários. Fazer alguma atividade fora do serviço tem sido uma demanda quase que todas as semanas, tanto nossa (extensionistas, estagiária e psicólogo), como dos usuários.

### **3- DISCUSSÃO**

Pergunto-me, após tantas leituras sobre a Luta Antimanicomial se os ideias discutidos estão sendo de fato trabalhados na saúde pública. Vejo que ainda há desafios a serem enfrentados, que estão desde situações vivenciadas na dinâmica dentro do CAPS, desde até a mudança da concepção que a população tem sobre usuários da saúde mental.

O SUS ainda é visto como um modelo assistencial e hospitalocêntrico e infelizmente isso tem impacto dentro do que é feito no serviço. Observei ao longo das oficinas, o quanto essa afirmativa está presente dentro do CAPS.

Presenciei situações em que ouvi usuários afirmarem que o CAPS é um hospital. Sendo assim, pensei: qual a imagem que está sendo transmitida dentro do CAPS ao ser comparado a um hospital? Será que é comprado apenas por estar compartilhando do mesmo espaço e de profissionais que também compõe a equipe de um hospital ou será que esse serviço é comparado, pois de alguma forma o tratamento recebido em um hospital está sendo reproduzido nesse espaço?

Nas discussões levantadas pelos estagiários, juntamente com o supervisor e o técnico que nos acompanha a participação nos espaços fora do consultório também foi destacada por ser importante para a convivência construída no dia-a-dia. O sentar-se para lanchar juntamente com um usuário e ouvir uma música cantada por ele e até mesmo cantar junto, pode ser tão relevante quanto os espaços em consultório o que exercitei ao longo das oficinas: assim, aprendi a valorizar esses pequenos gestos que fazem total diferença.

Um momento que ilustra essa questão foi o de uma oficina que estava sendo realizada no Parque Vivencial do Paranoá. Estávamos lanchando, cantando, e aproveitando o espaço como se sentissem mais confortáveis. Em um momento bagunçado, tentávamos lembrar uma música de um determinado cantor e de jeito nenhum conseguíamos. De repente, um usuário que sempre me chamou a atenção por participar pouco nos espaços abertos de conversa do grupo, começa a cantar exatamente a música que tentávamos lembrar. Ao mesmo tempo, vejo uma cena que nunca tinha visto: sua esposa fica sentada ao seu lado com os braços entrelaçados nos dele o ouvindo cantar. Para mim esse momento foi de tamanha riqueza, pois dentro do CAPS, nas nossas rodas de conversa essa situação nunca havia acontecido. O que mostra o quão importante são esses espaços de convivência.

Outra questão também ressaltada durante os semestres, foi em relação ao autocuidado que cada usuário tem consigo mesmo. Como dizer a um usuário que ele não está cheirando bem? Como dizer-lhe que é preciso ter um cuidado com seu corpo e que é necessário tomar banho, escovar os dentes, etc. Talvez, mais uma vez estamos querendo impor aos usuários um modo de como eles devem seguir suas vidas (o que é reproduzido na saúde pública), mas, esse autocuidado também deve ser visto como uma necessidade de

saúde. Porém, como essa questão deve ser abordada sem ofender a um usuário?

Uma situação que me incomodou foi a questão de alguns usuários aparentemente não se sentirem à vontade na oficina. A percepção que tenho, e de que alguns desses vão por obrigação à oficina; tive a impressão que estavam entediados ou até mesmo sentiam-se infantilizados com as atividades realizadas (o que em alguns momentos realmente aconteceu). Quando perguntados se gostam da oficina, eles respondem que sim, mas nós sabemos que não é verdade. Penso que essa obrigação de participar de alguma oficina não seja positiva para o tratamento dos usuários. Os usuários poderiam conhecer outras oficinas ou até mesmo receber alta. É perceptível o incômodo desses durante a oficina. Será que talvez participar de outra atividade não seria melhor do que ficarem somente por obrigação fazendo atividades que não lhes agrada? Esse assunto já foi conversado nas supervisões, mas não seguimos adiante na problematização do assunto.

Precisamos nos desprender de alguns valores para haver uma maior compreensão do que de fato a saúde mental significa na sociedade. Pensando nessa reflexão, podemos imaginar o porquê das pessoas que passam pelo hospital terem a visão de que o CAPS é a “casa dos loucos”. Vejo que de fato, há uma construção social onde o “louco” é uma pessoa que deve ficar isolada da sociedade, que de forma agirá de forma agressiva atacando aqueles em que estão próximos, ou que são pessoas incapazes de realizar atividades cotidianas.

Um exemplo vivenciado é de que usuários da oficina acreditam que não são capazes de realizar atividades que faziam antes do adoecimento, como sair com amigos, pegar um ônibus ou conhecer pessoas novas. Algo simples para muitos de nós, tais como entrar em um ônibus, para alguns usuários pode ser algo difícil. Percebo que os usuários sofrem influência de percepções que a sociedade tem sobre eles, acabando eles mesmos deixando o pensamento da coletividade tomar-lhes conta, não acreditando em sua própria capacidade.

A experiência relatada ajudou a quebrar com esse paradigma, que rotula essas pessoas, mostrando o contrário, que possuem um grande potencial para reconstruírem suas vidas.

Desinstitucionalizar a loucura não deve ser apenas nos serviços de saúde mental. Essa tarefa deve ser realizada com toda a sociedade, entidades governamentais, instituições etc. Há o desafio de se construir essas mudanças por meio da intersetorialidade, e levando em consideração os determinantes sociais de saúde. Observei que o serviço tem dificuldades de se comunicar/integrar com outros setores (fora do setor saúde) que seriam fundamentais para reinserção social dos usuários, sobretudo, para os usuários que moram distante do Paranoá/Itapoã.

Para finalizar, faço um balanço do quanto a teoria e a prática ainda se distanciam no cotidiano de um serviço como o CAPS, não somente nele, mas como nos serviços de saúde mental em geral. Assuntos discutidos nas nossas reuniões como a participação de familiares de usuários dentro do grupo; permanência da esposa de um usuário nas oficinas e construção de duplas para acolher novos integrantes no grupo, por exemplo, não são levadas adiante. Entendo que todo início de semestre temos que dar um embasamento teórico para os novos integrantes, porém, sinto que não conseguimos aprofundar em discussões mais avançadas que poderiam nos ajudar em temas que sempre voltam nas supervisões.

O A-Lou: Cura do Conviver incorpora uma nova forma de construir saúde mental, trazendo elementos da Saúde Coletiva, quando busca desenvolver atividades intersetoriais, valorizando elementos do saber que cada usuário trás consigo, percebendo cada um em suas variadas dimensões e principalmente considerando o conceito ampliado de saúde em suas ações.

#### **4- RECOMENDAÇÕES**

Gostaria de destacar a importância da integração ensino-serviço para a formação dos acadêmicos. Acredito que quanto mais cedo for essa aproximação, mais bem preparados e sensibilizados esses alunos serão. Para a Graduação de Gestão em Saúde Coletiva, seria interessante que alunos fossem envolvidos com a prática desde o

começo do curso, as atividades teóricas são muito relevante para a formação acadêmica, porém se associada a prática acredito que melhores resultados nesse processo serão alcançados.

Percebi que alguns usuários do CAPS têm dúvidas a respeito de seus direitos como usuários do SUS, e que os profissionais do CAPS às vezes têm dificuldade para informar essas questões. Uma atividade de aproximação com o tema poderia ser realizada para que conhecessem o Sistema Único de Saúde, uma história que envolve um movimento de luta por garantias de melhor saúde para a população assemelhando-se as conquistas da saúde mental. Até mesmo para que eles se aproximem de seus direitos e deveres como usuários do SUS.

No grupo, seria importante a continuidade de alunos de diversas áreas para enriquecer o trabalho realizado, bem como as iniciativas de “saída” do CAPS, para que se torne cada vez mais peripatético essa prática. Essas iniciativas de saída do CAPS poderiam ser incorporadas por outros grupos no serviço, como por exemplo, o crochê. Será que não existe algum grupo no território que possa contribuir com as atividades realizadas pelo Crochê?

E, por fim, faço uma observação quanto à equipe do CAPS: a equipe passa por enfrentamentos que dificultam a relação profissional, o que poderia ser pensado através de uma Oficina de Mediação de conflitos, para se aproximarem das inquietações, dificuldades e situações desagradáveis que possam ter ocorrido. Lembrando-se também da importância de cuidar desses profissionais que estão no ambiente de trabalho expostos às mais diversas situações, o que impacta diretamente na saúde.

## **5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS**

**BRASIL. Ministério da Saúde Disponível em**

**<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=33929](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33929)>**

**> Acesso em 10 de Nov. 2013.**

PACHECO, GARCIA, J. **Representações sociais da loucura e práticas sociais: o desafio cotidiano da desinstitucionalização.** 2011. 393 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília. 2011.

TENÓRIO, F. **A Reforma da psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito.** Historia, Ciência, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9. Jan. –abr. 2002.

GONÇALVES, AM; SENA, RR. **A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família.** Rev. Latino-am Enfermagem 2001 março; 9 (2): (48-55.)

LANCETTI, Antônio (2008) **Clínica peripatética.** 3ª ed. São Paulo: HUCITEC.

BRASIL. Lei n. 10216, de 6 de abril de 2011. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Brasília. 6 de abril de 2001; 180 da Independência e 113 da República.

**Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

## **LEITURA SUGERIDA**

BRAGA, Filipe Willadino. **A cultura popular como recurso clínico na atenção ao sofrimento psíquico grave.** 2012. 168 f., il. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura)—Universidade de Brasília, Brasília, 2102.

O que é loucura – João Frayze Pereira – Editora Brasiliense S.A. São Paulo Brasil – 1984.

AMARANTE, Paulo (Coord.) (1998). **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004) **Legislação em saúde mental**, 1990-2004. 5ª ed. Brasília: MS.

VECCHIA, M.D.; MARTINS, S.T.F. **Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção: aportes para a implementação de ações**. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.13, n.28, p.151-64, jan./mar. 2009.

AMARANTE, P. **Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, I(1), julho- out., 1994.